

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 318

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
DU
DIAGNOSTIC
DE LA
TORSION des HYDROSALPINX

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 22 Décembre 1931

PAR

Tchédomir GAVRILOVITCH

Né le 17 Février 1901 à BELGRADE (Serbie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE du DIAGNOSTIC
de la TORSION des HYDROSALPINX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 318

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
DU
DIAGNOSTIC
DE LA
TORSION des HYDROSALPINX

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 22 Décembre 1931

PAR

Tchédomir GAVRILOVITCH

Né le 17 Février 1901 à BELGRADE (Serbie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
	PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Leon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
MAZEL	DUFOUT	GATE	EPARVIER
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REPATTU (Ch.)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; BONNET, assesseur ;

CHALIER A. et ROCHET Ph., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Leur vie n'est qu'une longue succession de sacrifices consentis pour leurs enfants. Je leur exprime ma gratitude éternelle et l'assurance de ma filiale tendresse.

A MA SOEUR ANDJELIA

Témoignage de ma profonde affection et ma grande reconnaissance, bien faible en comparaison des sacrifices qu'elle s'est imposée pendant la durée de mes études.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Officier de la Légion d'Honneur

Membre Associé de l'Académie de Médecine

Nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance et le prions de vouloir bien agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Commandeur de l'Ordre Royal de Saint-Sava

A l'ami éprouvé de la jeunesse serbe, qui nous inspira le sujet de cette thèse et ne nous ménagea ni son temps, ni ses conseils pour notre travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre profonde reconnaissance et de nos sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Nous lui sommes profondément reconnaissant des éléments mis à notre disposition au cours de l'exécution de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

En hommage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN REGAD
Ancien interne des Hôpitaux de Lyon

C'est lui qui nous donna toutes les directives nécessaires pour ce travail, ne ménageant ni ses efforts, ni son temps.

Avec une humeur toujours égale, une modestie qui nous toucha, il nous dirigea dans notre tâche d'un bout à l'autre.

Nous lui renouvelons une fois de plus l'expression la plus sincère de nos remerciements pour tout ce qu'il fit pour nous.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LYON

Avant-propos

Les lois de l'hospitalité n'obligent pas seulement ceux qui la donnent, mais davantage ceux qui la reçoivent et nous manquerions au plus cher des devoirs si, au moment de retourner dans notre pays, nous ne saluions pas avec émotion celui où nous venons de passer les années qui compteront parmi les plus belles et les plus décisives de notre vie.

Pour témoigner de l'obligation que nous lui avons et de la reconnaissance que nous lui gardons, nous aurions inscrit son nom sur la page de garde de cette brochure si ce n'eut été pécher contre la modestie. Mais à défaut de cet insigne hommage et pour tenir lieu de dédicace, nous dirons ici notre gratitude et notre admiration qui n'auront pas de fin : gratitude envers les maîtres éminents qui nous ont enseigné et qui resteront pour nous autant d'exemples à suivre, de modèles à proposer, admiration enfin pour la France et son merveilleux génie.

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE du DIAGNOSTIC de la TORSION des HYDROSALPINX

Introduction et historique

Parmi les différentes complications des hydrosalpinx, il en est une sur laquelle l'attention des cliniciens et des anatomo-pathologistes a été attirée depuis longtemps, nous voulons parler du volvulus.

Mais si dès le début cette complication a été reconnue au cours des interventions, ce n'est que plus tard qu'on a tenté d'en établir le diagnostic clinique et d'en préciser les symptômes. Malgré sa fréquence c'est une complication qui reste encore souvent méconnue à l'heure actuelle, et nous tenterons au cours de cette étude de réunir les moyens qui peuvent permettre d'en établir le diagnostic. Celui-ci en effet est d'un intérêt tout particulier, non pas tant au point de vue de l'étude anatomo-pathologique de la lésion, mais des conséquences thérapeutiques qu'il entraîne, car il doit être fait, comme nous le verrons plus tard, avec tout un groupe d'affections pour lesquelles les sanctions chirurgicales doivent être immédiates. Par contre, la connaissance de la torsion d'un hydrosalpinx permet dans presque tous les cas de surseoir à l'inter-

vention et donne le temps de la pratiquer dans des conditions chirurgicales meilleures.

Mais si le diagnostic clinique n'a presque jamais été fait jusqu'ici la torsion des hydrosalpinx n'en est pas moins une affection qui est connue depuis longtemps.

C'est à Bland Sutton, en 1891, que revient le mérite d'avoir publié la première observation connue de torsion annexielle. L'année suivante, Pierre Delbet, opérant une malade se trouve pour la première fois en France en présence d'une torsion annexielle caractéristique. On vit ensuite paraître les observations de Napier et Taylor en Angleterre, de Hirst et Malcolm-Storer en Amérique, de Stroganoff en Russie, de Veit, Henning, Forselles en Allemagne, en même temps que paraissait en France une série non moins importante de travaux au premier plan desquels il convient de placer ceux de Hartmann et Raymond, Legueu et Chabry, Gosset, etc...

En 1898, paraît la thèse de Maillard, suivie de peu par un important travail de Cathelin dans la *Revue de Chirurgie*, ainsi que d'autres importants mémoires de Pozzi, Clado, Poirier, Ricard. A Lyon, MM. Fochier, Goullioud, s'intéressent également de la question. Citons en outre les observations de Villard, Albertin, Begouin, Cotte, Santy, Bonnet et Bozon pour ne signaler que les principales.

Définition et limites du sujet

Sans vouloir donner de la torsion des hydrosalpinx une définition qui préjuge quoi que ce soit de la pathogénie de cette affection, nous dirons qu'il s'agit d'une lésion qui consiste en un volvulus dans un sens ou dans l'autre du pédicule formé par l'isthme tubaire, lorsque la partie ampullaire est distendue par du liquide en général séreux et dont le caractère de septicité est réduit au minimum ; cette condition de faible septicité est nécessaire en effet, car dès que le contenu tubaire tend à la purulence on voit apparaître des lésions péritonéales péri-tubaire et les adhérences qui se forment à ce moment à la faveur de la péri-salpingite immobilisent l'organe dans une position invariable qui rend impossible tout phénomène de torion ; c'est dire la rareté des torsions des pyosalpinx. Nous ne nous en occuperons pas dans cette étude. Seules nous retiendrons les torsions des hydrosalpinx dont le caractère de particulière liberté dans le péritoine justifie la fréquence.

Après un bref rappel anatomo-physiologique, nous étudierons rapidement les conditions étiologiques de l'affection, nous nous arrêterons un instant à l'étude

des notions pathogéniques et de l'anatomie pathologique, puis nous aborderons l'étude clinique qui constituera avec le chapitre du diagnostic la partie la plus importante de ce travail. Malgré cela nous ne désirons pas faire une revue générale de la torsion des hydrosalpinx.

Les considérations de la pathogénie et de l'anatomie pathologique de la lésion longuement étudiées dans les importants travaux antérieurs, tels que les mémoires de Cathelin, par exemple, n'ont pas jeté un jour bien grand sur la thérapeutique de cette affection ; c'est donc plutôt vers une étude clinique approfondie que nous croyons devoir nous orienter comme aussi vers l'étude du diagnostic différentiel, le seul vraiment utile en vue du traitement.

Rappel anatomo-physiologique

Sans vouloir décrire anatomiquement la trompe, nous tenons cependant à rappeler quelques notions qui sont indispensables à avoir devant les yeux si l'on veut aborder utilement l'étude de la torsion des hydrosalpinx. Comprise dans le repli du péritoine qui forme l'aileron supérieur du ligament large, la trompe se décompose en quatre segments principaux : Une portion interstitielle, comprise dans l'épaisseur du muscle utérin ; une portion isthmique résistante, inextensible qui emprunte sa mobilité à celle de l'utérus lui-même ; une portion ampullaire plus volumineuse, plus mince et aussi plus extensible que la précédente ; enfin une portion externe beaucoup plus libre encore formée par le pavillon et les franges.

La disposition flottante du méso-salpinx, voile mince, membraneux, simple accollement de deux séreuses, confère à l'ampoule et au pavillon une très grande mobilité, de telle sorte que si la trompe vient à être distendue par du liquide et partant alourdie, il se forme un véritable pédicule à cette tumeur surtout ampullaire qui tend d'autant plus à s'allonger que l'extrémité externe est plus lourde. Comme nous le

verrons c'est au niveau de ce pédicule, c'est-à-dire de la portion isthmique de la trompe que siègera la torsion. Celle-ci obéira de plus à une disposition fréquente en spirale surtout nette chez l'enfant, et qui s'exagère à l'occasion de la grossesse et des règles. Indépendamment de ces variations la situation de la trompe obéit au mouvement de l'utérus (rétroflexion ou rétroversion, anterversión, prolapsus), obéit également aux variations de la distension recto-vésicale, enfin certains auteurs (Payr) ont montré que la congestion pelvienne, par la turgescence vasculaire, pouvait encore modifier son état.

Ces notions ont été vérifiées par tous les chirurgiens au cours des laparotomies gynécologiques et nous verrons leur importance dans l'étude de la pathogénie de la lésion.

Etiologie

Fréquence

Bien que méconnue par des gynécologues comme Richelet et Segond, les torsions des hydrosalpinx ont été fréquemment signalées par les opérateurs depuis qu'elles ont été dévoilées et cela d'une façon assez fréquente. Toutefois leur nombre ne s'élève pas en proportion des lésions annexielles, puisqu'une partie de celles-ci sont entachées d'adhérences à cause de leur caractère purulent ; la torsion est donc de beaucoup plus fréquente au cours des hydrosalpinx et son pourcentage devrait être recherché, non par rapport au nombre des lésions tubo-ovariennes, mais par rapport à celui des annexites kystiques seules.

Age

L'âge intervient dans l'étiologie des torsions des hydrosalpinx. Pour Lacroix elles sont plus fréquentes à la puberté et à la ménopause. Entre ces périodes, Auvray les signale plus fréquentes pendant les règles, et de nombreuses observations de Aulhorn, Cabanes, etc... font jouer à la grossesse un rôle provocateur.

Comme on le voit les torsions surviendraient principalement pendant la période d'activité génitale de la femme et spécialement au moment des congestions pelviennes.

De là, la si grande séduction de la théorie de Payr ; pour Cathelin le maximum de fréquence serait entre 30 et 40 ans, dans la période d'activité génitale moyenne, et sur les 33 observations il en place 10 entre 20 et 30 ans, 17 entre 30 et 40 ans, et seulement 6 entre 40 et 50 ans.

Grossesse

Les grossesses répétées étant une cause de relâchement des tissus, certains auteurs en ont fait l'origine des torsions.

Dans les 33 observations de Cathelin, il y a 22 grossesses réparties en : 9 primipares, 4 II pares, 7 III pares, 1 IV pares, 1 V pares.

Hartmann a signalé cette coïncidence d'un utérus gravide de 5 mois et d'une salpingite tordue ; pour d'autres auteurs, comme Pinard et Rouffart, le rôle de la grossesse ne paraît pas discutable.

Maladies intercurrentes

Cathelin a vu 5 fois la torsion coexister avec un fibrome utérin, avec une ovarite sclérokystique, avec une appendicite.

Causes d'origine extérieures

Elles se résument en violences directes, traumatismes abdominaux (par poignée de porte, observation

Heil), chute dans un escalier, coup sur l'abdomen (Lamble) et violences indirectes telles que : exercices physiques, sports, danses, mouvements rythmiques. Pour Ruder, la cause déterminante est en général un traumatisme extérieur.

Pathogénie

Comme l'admettent la plupart des auteurs la première condition qui favorise la torsion est, comme nous l'avons dit, la formation d'un pédicule par distension progressive de la partie isthmique de la trompe. Si, à première vue, les conditions dans lesquelles se présentent les salpingo-ovarites ne paraissent pas permettre la torsion, il n'en est rien surtout en ce qui concerne les hydrosalpinx. Toutefois ces causes sont très mal connues et les explications qu'on en a données très différentes.

Les premiers auteurs accusaient presque toutes les actions périphériques : mouvements de l'intestin ; distension et évacuation des organes voisins ; mouvements généraux du corps. Hartmann, le premier, admit que la trompe pouvait se tordre sur elle-même lorsque son extrémité est distendue, faisant jouer un rôle au poids du kyste ampullaire, rôle d'ailleurs nié par Legueu. Enfin il faut arriver à Cathelin pour trouver dans la littérature un essai scientifique d'explication. Après lui Pozzi déclare dans la thèse de Rabier qu'on en est encore réduit aux hypothèses, mais que la torsion ne se produit qu'à la faveur de l'hypertro-

phie de la trompe qui monte dans l'excavation et qui à ce moment peut être soumise à toutes les influences extérieures déjà citées.

Et pour résumer les conditions de la torsion des hydrosalpinx admises par les auteurs nous pouvons les classer comme suit :

a) Certaines sont indispensables : Le siège ampullaire de la lésion, la minceur du pédicule et surtout sa mobilité. Les tumeurs sont d'autant plus mobiles que leur contenu est plus liquide et Selheim a dit : « plus est liquide le contenu de la tumeur, plus facilement se produit la torsion ». Enfin on a fait intervenir le rôle de la flexuosité des trompes, reliquat de la vie fœtale et qui amorcerait la torsion (Laquière).

b) Ces conditions indispensables, une fois réalisées, interviennent les conditions secondaires. Leur étude constitue ce qu'il y a d'original dans la théorie de Cathelin ; nous n'avons pas à l'analyser en détail ; disons simplement qu'il fait intervenir l'augmentation progressive de la tumeur, la nécessité de son siège abdominal, qui la met en équilibre instable, équilibre rompu par la pression de la masse intestinale, la réplétion ou évacuation des organes voisins, toutes ces actions se réduisant en un simple jeu de forces aboutissant à un couple appliqué à la surface de la tumeur et qui la fait tourner sur son axe. Cette théorie bien que n'expliquant pas tous les cas est compatible avec les faits signalés dans les torsions lentes et dans les torsions récidivantes.

Anatomie pathologique

Quel que soit le degré de la torsion de l'hydrosalpinx qui peut s'étendre de un à cinq tours de spires (Chaput) celle-ci confère aux lésions anatomo-pathologiques préexistantes des caractères spéciaux dont la spécificité d'ailleurs est surtout microscopique ; nous étudierons ces lésions pathologiques au point de vue macroscopique et au point de vue microscopique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

Siège. — C'est le plus souvent à droite que la lésion est le plus fréquemment observée. Cette prédominance est difficile à expliquer d'autant plus qu'il n'y a pas de prédominance des lésions salpingiennes de ce côté ; peut-être faut-il faire intervenir l'utérus qui, nous le savons, s'incline dans la grossesse à droite et en avant et donnerait plus de laxité à la trompe de ce côté.

Situation. — La tumeur est ordinairement latérale, mais peut occuper diverses positions comme le montrent les observations citées : (Douglas ; cul-de-sac antérieur ; parfois cul-de-sac latéral du côté opposé à la torsion).

Localisation. — Toujours développée aux dépens de la portion externe de la trompe au niveau de l'ampoule ; parfois empiétant sur le tiers interne dans les tumeurs volumineuses.

Volume. — Le volume moyen est celui d'une orange avec tous les intermédiaires, depuis une grosse noix jusqu'à la tête fœtale, dimensions qu'il atteint d'ailleurs rarement.

Forme. — Forme générale ovoïde comparée à une massue ou à une poire avec une voussure exagérée à la partie supérieure, pas toujours régulièrement lisse souvent lobulée et polykystique.

Coloration. — Aspect violacé et noirâtre simulant l'intestin étranglé (Delbet), tendue, turgescence, prête à se rompre, comme le dit Legueu.

Le pédicule. — Représenté par la trompe elle-même avec la portion du ligament large qui forme son méso et qui tourne autour de la trompe tordue. Non pas vertical comme celui des kystes d'ovaire, mais horizontal ou très légèrement oblique, de grosseur variable (crayon, cordon ombilical) de un à trois centimètres de longueur et plus ou moins rapproché de la corne utérine correspondante.

La torsion du pédicule est plus ou moins serrée, elle va de la striction complète à la torsion sans étranglement avec tous les intermédiaires.

Le nombre de tours de torsion varie de un à cinq, étant le plus fréquemment de un à deux. Ces tours forment des replis en volutes, des torsions hélicoïdales, rappelant l'aspect du cordon ombilical.

Le sens de la torsion est variable sans que l'on puisse

expliquer pourquoi, elle est plus fréquente en avant du côté droit, en arrière du côté gauche.

Contenu. — Le contenu de la tumeur primitivement séreux, se transforme en hémato-salpinx par suite des suffusions sanguines dues à la torsion, parfois en pyosalpinx.

Les adhérences. — Il existe des adhérences secondaires qui peuvent se faire avec tous les organes voisins, le plus souvent avec le grêle et avec l'épiploon.

Epanchement dans le péritoine. — On observe, en général, un épanchement séro-hématique rosé ; plus rarement une véritable hématocele, dont le diagnostic sera facilité par la ponction de Douglas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

Nous l'étudierons très rapidement, nous contenant de renvoyer le lecteur aux travaux d'Hartmann et Raymond, de Bodron, de Büschenhell.

Les coupes histologiques de la paroi kystique montrent des foyers apoplectiques et une dissociation considérable de la paroi. Au niveau du pédicule les parois sont très hypertrophiées, l'épithélium est presque complètement détruit et les parois en état plus ou moins nécro-biotique.

Les vaisseaux sont gorgés de globules plus ou moins thrombosés, les veines plus souvent que les artères, qui restent encore perméables si la torsion n'est pas trop ancienne, ni trop serrée.

Etude clinique

Il y a lieu de distinguer dans le tableau clinique de la torsion des hydrosalpinx deux modalités différentes : la torsion brusque et la torsion lente ou chronique. Ces deux variétés correspondent respectivement à la torsion avec étranglement complet et à la torsion incomplète, cette dernière ne s'accompagnant en général pas de phénomènes apoplectiformes.

I. — TORSION BRUSQUE OU AIGUE

C'est de beaucoup le type le plus commun.

a) *Les signes fonctionnels* dès le début dominant la scène. Parmi eux l'élément fondamental est la douleur. La malade est prise subitement d'une douleur vive, aiguë, en coup de poignard, douleur syncopale, apparaissant le plus souvent au moment d'un mouvement brusque.

Cette douleur siège du côté de la torsion, mais dans certains cas elle peut exister de deux côtés, quand la tumeur a été reportée du côté opposé à la torsion. Souvent il y a irradiation de ces douleurs dans les cuisses, dans les jambes, le rachis, les lombes, les hypochondres, la région inguinale.

Les vomissements inconstants d'ailleurs apparaissent vite, ils sont en général alimentaires et bilieux, de durée variable. Les métrorragies apparaissent parfois à cette époque mais ne sont pas continues ni importantes.

S'il n'y a pas toujours arrêt des gaz et des matières, la constipation est la règle, s'accompagnant d'un léger ballonnement, celui-ci relevant probablement aussi de la parésie intestinale due aux phénomènes infectieux.

Il n'y a pas de péritonite véritable, les phénomènes septiques étant rapidement étouffés par les adhérences, mais léger péritonisme, qui explique les signes ressentis par la malade. Les auteurs ne sont pas d'ailleurs tous d'accord sur ce sujet, et Cathelin invoquait la production d'une péritonite aseptique non infectieuse. Il semble en réalité qu'il y a bien une réaction péritonéale mais que celle-ci reste localisée, ne franchissant que rarement la barrière des adhérences.

L'état général n'est pas très brillant : la malade est anxieuse, abattue, ses traits sont tirés, son facies péritonéal ; le pouls ne varie pas sensiblement en général, mais dans certains cas il tend à devenir plus petit et plus rapide, à type abdominal. La température n'est jamais très élevée et ne se voit que lorsqu'apparaît l'infection, secondairement à la torsion ; elle est rarement primitive et son absence dans les premières heures est un signe important pour le diagnostic.

Enfin, ajoutons un signe sur lequel les anciens auteurs n'ont pas souvent attiré l'attention et qui nous paraît être des plus importants : c'est *l'agitation* de la malade, agitation qui ne lui laisse aucun repos, la

fait se tourner et se retourner dans son lit, s'accompagne parfois d'anxiété, et contraste singulièrement avec la torpeur qu'on observe souvent dans les affections comme l'appendicite par exemple. Cette agitation très remarquablement observée par MM. Bonnet et Bozon leur a permis de porter un diagnostic ferme avant l'intervention. Nous tenons à insister sur ce point.

b) *Signes physiques.* — A l'inspection le ventre est le plus souvent ballonné, rarement rétracté.

La palpation sur un ventre généralement souple, mais douloureux, provoque dans une zone bien précise correspondant à la lésion une réaction de la part de la malade. Cette zone est souvent limitée en un point précis et la douleur y présente un caractère intense. On conçoit les difficultés du diagnostic lorsque le point douloureux siège par exemple au niveau du point de Mac-Burney ou au niveau des points de Bazy. Lorsqu'on palpe avec prudence ou lorsque la défense musculaire est faible on peut se rendre compte de l'existence d'une tumeur. Celle-ci à plusieurs examens successifs augmente progressivement de volume, conformément à la loi d'Hartmann, et il devient en général facile de reconnaître son siège qui est toujours abdominal, au-dessus du ligament large et non pelvien.

Les observations que nous publions concourent toutes à démontrer la véracité de ces faits. Dans d'autres cas beaucoup moins nombreux et dont il ne faut pratiquement pas tenir compte la tumeur tombe dans le Douglas où le toucher vaginal permet de la sentir. Quoi qu'il en soit la palpation permet de constater

que la tumeur abdominale est tendue et rénitente, nettement fluctuante, et reste au début relativement mobile, tant qu'il n'y a pas eu formation d'adhérences.

Le toucher vaginal comme nous l'avons fait sentir ne fournira dans la plupart des cas qu'un minimum d'indications, car la tumeur est presque toujours abdominale et les culs-de-sac vaginaux libres ; néanmoins il montrera, combiné avec le palper abdominal, que la tumeur est bien annexielle et indépendante de l'utérus. Il renseignera en outre sur la position de celui-ci et sur l'existence d'un épanchement dans le Douglas.

En résumé, nous dirons que toute tumeur sous-ombilicale, tendue, fluctuante, mobile et indépendante de l'utérus, s'accompagnant d'antécédents paroxystiques douloureux et se terminant par une douleur brusque, extrêmement intense dans le bas-ventre, avec agitation, vomissements, constipation et absence de fièvre, représente le tableau clinique d'un hydrosalpinx tordu.

II. — TORSION LENTE OU CHRONIQUE

Dans cette forme, d'ailleurs très rare, les symptômes sont beaucoup moins aigus que dans la forme précédente ; c'est en quelque sorte une forme inachevée que le hasard seul ou l'existence d'une adhérence pédiculaire plus ou moins lâche ont empêché d'arriver au stade évolutif extrême.

Les douleurs sont ici moins aiguës, moins violentes, souvent lancinantes, comparables à celles des coliques

néphrétiques, et si elles ont à certains moments des paroxysmes, elles cèdent bientôt pour faire place à un endolorissement plus ou moins durable de la région abdomino-pelvienne.

Les vomissements peuvent exister, mais sont rares et habituellement l'état général n'est pas atteint. Par contre les signes physiques sont à peu près les mêmes bien que la tumeur soit moins tendue et la palpation pour ainsi dire pas douloureuse. Mais l'évolution générale de l'affection est bien différente de celle de la forme précédente aiguë. S'il ne se produit dans cette dernière en général qu'une seule crise, la forme lente au contraire évolue en un certain nombre d'épisodes qui sont en quelque sorte les équivalents mineurs de la crise aiguë.

Les phénomènes douloureux sont beaucoup moins violents et beaucoup moins dramatiques.

Ces données concourent bien à vérifier les notions anatomo-pathologiques acquises : l'étranglement n'est pas complet, la circulation et surtout la circulation de retour peut encore se produire au niveau du pédicule et au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre, jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise. C'est donc le degré d'étranglement qui nous semble différencier les deux types cliniques.

Enfin ce type après un certain nombre d'épisodes bénins évolue souvent vers le type précédent : l'apparition brusque d'une aggravation progressive étant l'évolution normale de la stricture du pédicule qui s'avère un jour suffisante pour créer un état apoplectique de l'hydrosalpinx.

Considérations diagnostiques

Parmi les observations que nous publions et que nous avons choisies comme étant les plus démonstratives au point de vue du diagnostic, la plus caractéristique est certainement celle de MM. P. Bonnet et Bozon, dont l'intérêt réside dans le fait que par une discussion raisonnée le diagnostic a été fait avant l'opération.

Ce qui frappe d'emblée c'est l'état d'agitation de la malade qui se tournait de côté et d'autre et qui ne ressemblait pas à l'état de torpeur que l'on rencontre habituellement dans les appendicites par exemple.

De plus ces accidents aigus avaient été précédés quelques jours auparavant par des douleurs anormales dans la fosse iliaque droite qui survinrent au moment des règles, puis qui cédèrent spontanément. Ce fait bien en accord avec ce que nous avons dit de l'évolution de la forme chronique vers la forme aiguë.

L'hypothèse d'une grossesse extra-utérine pouvait également être envisagée à cause de la pâleur de la malade et des phénomènes lipothymiques ; mais elle avait contre elle l'excellent état général, le calme du pouls et l'absence de pertes. Par contre, le toucher

vaginal donnait des renseignements très nets à droite où l'on percevait le pôle inférieur d'une tumeur bien circonscrite, mobile et extrêmement douloureuse à la pression. Ce ne pouvait donc être ni une appendicite, ni une annexite, ni une grossesse ectopique, ni un abcès froid tubaire, ni enfin un kyste de l'ovaire tordu.

Le diagnostic qui fut porté d'une façon formelle fut celui d'un hydrosalpinx tordu et fut vérifié à l'intervention quelques heures après.

Il convient donc d'insister, et cette observation en fait foi, sur la nécessité d'un examen complet et précis, la nécessité également d'une étude minutieuse et serrée des symptômes qui permettra le plus souvent un diagnostic exact. Et si celui-ci n'a pas été fait dans la plupart des observations publiées, c'est d'une part qu'il s'agit d'une lésion rare et à laquelle on ne pense pas, d'autre part que le syndrome de torsion, en l'absence d'une critique séméiologique serrée, se confond souvent avec des syndromes péritonéaux voisins dont il n'est pas distingué.

Nous allons à présent examiner quelles sont les lésions qui risqueront le plus d'être confondues avec la torsion des hydrosalpinx.

Diagnostic différentiel

Celui-ci se présente dans des cas bien différents : ou bien la tumeur salpingienne était connue auparavant et il est facile de localiser sur les annexes un syndrome de torsion qu'on voit apparaître, ou bien la tumeur était inconnue et le diagnostic devient plus difficile, mais peut se faire cependant avec un examen minutieux des signes. Quoi qu'il en soit, dans la plupart des observations si le diagnostic de « torsion » a été parfois porté et si on a localisé celle-ci à la sphère génitale c'est le volvulus des kystes ovariens qui est venu le premier à l'esprit.

D'autre part, le diagnostic différentiel se fera soit en dehors de la crise, soit pendant la crise.

a) En dehors de la crise la seule notion clinique permettant de faire le diagnostic est la tumeur abdominale ; si elle est reconnue comme annexielle le diagnostic de torsion est probable.

On éliminera pour cela les tumeurs abdominales sous-ombilicales telle que les tumeurs du rein, les cancers intestinaux, les kystes du mésentère, le fibrome utérin, les kystes ovariens et la possibilité d'une grossesse co-existante.

b) Pendant la crise aiguë le diagnostic sera beaucoup plus complexe ; il faudra éliminer toutes les affections à douleurs abdominales subites : l'appendicite aiguë est la principale de ces affections. On l'éliminera par la grande gravité de l'état général, les modifications du pouls et de la température, les caractères différents de la douleur et des vomissements, enfin par la gravité de l'évolution.

Les coliques hépatiques et néphrétiques se distingueront des torsions des hydrosalpinx par l'absence de tumeur et le caractère bien différent des irradiations douloureuses.

La grossesse extra-utérine présente des signes bien différents aussi : indépendamment de l'aménorrhée et des signes sympathiques de la grossesse les signes d'hémorragies dominent la scène. Au toucher la tumeur n'est ni mobile, ni fluctuante et il existe souvent une volumineuse collection dans le Douglas.

L'occlusion intestinale du volvulus a pu donner le change d'avec la torsion des hydrosalpinx ; les cas de pseudo-occlusion signalés par Gosset sont très rares, l'état général est bien plus atteint, les vomissements sont souvent porracés, il y a un arrêt complet de gaz et des matières.

La torsion des fibromes sous-péritonéaux se distinguera des torsions des hydrosalpinx par le rapport beaucoup plus intime de la tumeur avec l'utérus.

Le kyste de l'ovaire est, en général, connu antérieurement par les troubles des règles ; s'il est inconnu, sa torsion constitue un des plus difficiles diagnostics de

torsion de l'hydrosalpinx ; mais en général les kystes sont plus gros, plus internes, plus sphériques et leur immobilité est surtout latérale.

Enfin, on pourra penser à la rupture d'un pyosalpinx ou plus simplement à une poussée de salpingite banale ; mais les caractères infectieux de ces lésions et leur retentissement tant sur le pouls que sur l'état général permettront de les éliminer.

Traitement

Sans insister sur le traitement des torsions des hydrosalpinx, disons que l'indication opératoire est évidente et, comme le dit Lejars : dans toutes torsions aiguës on ne se repentira jamais d'avoir opéré trop tôt et les lésions qu'on trouve dépassent souvent toutes les prévisions.

Toutefois, étant donné les régressions que l'on observe fréquemment, l'attitude du chirurgien sera la suivante : attente armée pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, après application de glace sur le ventre ; intervention immédiate si l'état de la malade s'aggrave ou ne semble pas s'améliorer au bout de ce temps. Opération à froid après apaisement complet s'il y a amélioration et régression des symptômes.

On voit donc tout l'intérêt qu'il peut y avoir à porter ce diagnostic qui, sans indiquer une opération d'extrême urgence, permettra une temporisation relative, à la faveur de laquelle l'intervention pourra être pratiquée dans les conditions souvent meilleures.

D'une façon générale le traitement de la torsion des hydrosalpinx se réduira à ceci : Laparotomie mé-

diane sous-ombilicale ou incision de Pfannenstiel, castration unilatérale ou bilatérale suivant les cas, fixation utérine pour éviter les récidives du côté opposé, toilette du péritoine ; pas de drainage autant que possible.

Observations

OBSERVATION I

(E. BANDRON)

*Torsion d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec la rupture
d'une grossesse tubaire gauche*
(*Annales de Gyn.*, 1900, tome 53, page 390)

Femme de 32 ans, réglée à 12 ans et toujours régulièrement. A 19 ans et demi, un avortement de 3 mois. Cinq mois après cet avortement, elle entre pour des troubles de menstruation et de la leucorrhée dans un service de gynécologie et y est soignée par la dilatation et des pansements intra-utérins.

Depuis 10 ans, elle n'a plus ni perte, ni douleurs.

Les dernières règles se sont terminées le 1^{er} décembre 1899, d'une durée normale. A la fin de décembre, les règles ne viennent pas et la malade ayant été renversée sous un fiacre, le 26 décembre, attribue la suppression de ses règles à cet accident et ne suppose pas qu'elle puisse être enceinte.

Le 25 janvier 1900, au milieu de la nuit, violentes douleurs abdominales avec tendance à la syncope.

Température à 38°.

Pouls à 104, avec agitation extrême.

On prescrit une potion calmante et le repos.

Le 3 février : 38°7, pouls à 144, miction pénible avec un certain degré de tenesme rectal ; le ventre est légèrement ballonné

A droite, bas dans la fosse iliaque, un peu de défense de la paroi, une tuméfaction profonde, basse, très diffuse.

Le toucher vaginal donne par contre des renseignements très particuliers : il n'y avait pas d'infiltration du Douglas et le redressement de l'utérus ne provoquait aucune douleur.

A gauche, on percevait des annexes normales, non sensibles; par contre, à droite, on percevait le pôle inférieur en battant de cloche d'une tumeur très bien circonscrite, rénitente, sur laquelle la muqueuse du vagin glissait librement, extrêmement douloureuse.

Au toucher, on aurait dit le pôle inférieur d'une tumeur suspendue, comme petite aubergine dans la cavité pelvienne et pointant dans le cul-de-sac droit.

Ce ne pouvait être ni une appendicite, ni une annexite, puisqu'il n'y avait pas de douleur au redressement de l'utérus et que la tumeur était unilatérale, ni une grossesse ectopique, ni un abcès froid tubaire unilatéral, ni un kyste de l'ovaire tordu.

Le syndrome clinique était celui d'une torsion d'organe. Au toucher, on croyait percevoir un hydrosalpinx tordu et douloureux ; *je fis de façon formelle le diagnostic de l'hydrosalpinx tordu.*

Opération immédiate : Pfannenstiel. Une fois le cloisonnement effectué, je ne vis rien. L'utérus était légèrement basculé en arrière. J'eus un instant l'angoisse de m'être trompé car on ne voyait rien. Cependant un peu de sang venait sourdre sur les côtés de l'utérus. En basculant l'utérus en avant, le doigt insinué dans la cavité pelvienne ramena une trompe énorme, noirâtre, turgide, gonflée de sang. La torsion très nette s'était faite au pôle distal de l'ovaire et il y avait un contraste frappant entre la partie saine de la trompe, de coloration normale, et cet énorme boudin prolabé dans le Douglas.

En vue d'éviter l'infarctus possible, j'eus soin de ne pas

détordre et de réséquer les trompes au ras de l'ovaire conservé en le transfixiant dans sa partie saine.

Trompe gauche explorée, saine, à pavillon ouvert.

Fermeture totale du péritoine.

OBSERVATION III

(BERQUET et Mlle ROMMAY)

Hydrosalpinx à pédicule tordu

(Soc. anatom. de Paris, séance du 23 juillet 1921)

Femme de 28 ans, douleurs violentes, le 13 mai 1921, dans le bas-ventre, au moment où elle se penchait en avant pour ramasser un objet ; douleurs obligeant la malade à s'aliter, et accompagnées de vomissements aqueux abondants.

Les douleurs persistent, les vomissements continuent et, le 15 mai, la malade entre à l'hôpital.

Les règles sont apparues le matin même. 37°5, pouls bon.

A l'inspection : voussure de la partie droite de l'hypogastre.

A la palpation : ventre souple. Une tumeur bien limitée occupant la partie droite de l'hypogastre et la plus grande partie de la fosse iliaque droite ; masse dépressible, peu tendue, donnant une sensation nette de fluctuation sensible à la pression.

Dans la partie gauche de l'hypogastre, on sent une seconde masse plus profonde et de consistance plus ferme.

Au toucher : col regarde en bas et en arrière, à droite et en avant de lui, on sent une masse assez bien limitée, mobile.

Le palper bi-manuel montre qu'elle se continue avec la masse abdominale droite.

A gauche : masse beaucoup moins douloureuse, fixe, se continuant avec la masse abdominale gauche et qu'il est impossible de séparer de l'utérus.

Intervention. — Dès l'ouverture du péritoine apparaît une poche systique de coloration lie de vin, tendue, occupant la partie droite de l'abdomen ; on l'extériorise et on voit un hydrosalpinx tordu.

A gauche, une autre poche systique, tendue, translucide, qui est également un hydrosalpinx tenant strictement à la face postérieure de l'utérus et du ligament large.

Hystérectomie subtotale.

OBSERVATION IV

(GUYOT, MAGNAN et PRINCETEAU)

Torsion d'un hydrosalpinx

(Bull. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1926, p. 128)

Depuis quatre ans, les règles de la malade ont diminué et sont devenues douloureuses, brunâtres, moins liquides, accompagnées de vomissements et de nausées.

Examen : tumeur du volume d'une tête de fœtus, médiane, arrondie, lisse, rénitente, peu douloureuse, peu mobilisable, indépendante de l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire avec accidents de torsion.

Opération. — Masse kystique, bleuâtre, fixée par des adhérences.

Il s'agit d'un hydrosalpinx tordu.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Professeur SANTY. (Inédite.)

Torsion d'un hydrosalpinx

Mme M. C., âgée de 38 ans, entrée le 11 octobre, sortie le 27 octobre 1930.

Malade entre à l'hôpital avec syndrome abdominal douloureux intense. Elle est opérée d'urgence.

Histoire actuelle : Malade toujours assez régulièrement réglée, mais les règles sont douloureuses.

Il y a un an, épisode aigu : douleurs dans la fosse iliaque gauche, puis abdominales. Cette crise se termine spontanément.

Actuellement, un épisode analogue se reproduit : douleurs brusques, violentes, avec nausées, et la malade entre à l'hôpital.

A l'entrée : la malade souffre de tout l'abdomen, avec prédominance dans la fosse iliaque gauche.

Le ventre est douloureux à la palpation et légèrement contracté, surtout à gauche.

Toucher vaginal reste négatif.

Intervention le 11 octobre, par le docteur Pasquier.

Anesthésie générale. Incision médiane.

Trompe gauche volumineuse, tordue sur elle-même, complètement sphacelée.

Cette trompe était le siège d'un hydrosalpinx dont l'ouverture montre un liquide hématique.

Castration gauche en respectant l'ovaire.

Fermeture sans drainage.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur SANY. (Inédite.)

Hydrosalpinx tordu

21 avril 1926. Jeune fille de 16 ans, un peu menue ; règles douloureuses, irrégulières, manquant depuis trois mois. Il y a quatre jours, réapparition des règles et en même temps coliques intenses dans la moitié droite du ventre, avec vomissements ; pas de fièvre.

Tous les jours, réapparition des phénomènes douloureux. Vue par Puigne, remplaçant Delorme, qui constate une

masse abdomino-pelvienne qu'il interprète comme abcès appendiculaire.

Vue à 17 h., à Saint-François. Ventre souple, plat, tuméfaction très basse, sus-pelvienne, droite, douloureuse.

Par toucher rectal, on trouve même masse, mais qui bombe peu. Ether. Mac Burney bas.

Aspect de kyste tordu qu'on ne peut extérioriser malgré ligature hypogastrique ; on transforme en Pfannenstiël.

Il s'agit d'une énorme trompe droite, tordue, comme grosse aubergine. — Ablation.

La trompe gauche est également remplie de liquide. On l'enlève sans lier la lumière.

Les deux ovaires sont laissés en place. — Fermeture.

Le 7 juin 1926, malade revue, parfait état, bien remise, bonne paroi.

Le 22 octobre 1926 : revue, petite mine, a eu ses règles, de trois à trois mois, reste menue ; ventre très souple. Pfannensstiël solide.

Le 24 mars 1931 : excellent état. Réglée régulièrement.

OBSERVATION VII

(SORBI)

Torsion tubaire

(in : *Thèse de Paris*, 1911. Vernié)

Fille de 17 ans, nubile, dont la mère est morte d'un carcinome du sein.

La malade a souffert des maladies d'enfance. Réglée à 13 ans et demi ; les douleurs qui ont accompagné ses règles occupaient la région sacrée.

Ses règles étaient très irrégulières.

Depuis 4 à 5 mois, aménorrhée presque complète avec leucorrhée intermittente.

Depuis un mois, douleur gravative, pas trop intense, dans

le quart inférieur gauche du ventre, avec irradiation dans la région lombo-sacrée correspondante.

Cette douleur se faisait particulièrement sentir aux changements de positions, exacerbations.

Examen : tuméfaction du quart inférieur gauche du ventre, arrondie, du volume de la tête fœtale à terme, dure, élastique, avec une obscure sensation de fluctuation ; mobile, douloureuse à la pression.

Diagnostic : Sac de la trompe gauche tordu sur son pédicule.

Laparotomie médiane : on trouve un kyste de la trompe, tordu sur son pédicule, de couleur bleuâtre foncée et du volume d'une tête fœtale.

Guérison.

OBSERVATIONS VIII et IX

(J.-P. TOURNEUX)

Deux cas de torsion d'hydrosalpinx

(*Bull. de la Soc. Obstr. et de Gyn. de Paris*, 1923, p. 581)

OBSERVATION I. — Femme de 42 ans. Rien dans le passé. Depuis six mois, douleurs de l'abdomen soit au moment des menstruations, soit le soir après les fatigues de la journée ; douleurs quelquefois aiguës, mais en général n'empêchant pas la malade de vaquer à ses occupations.

La malade ressentit brusquement une douleur vive qui l'obligea à s'aliter deux jours avant son entrée à l'hôpital, en chargeant le foin sur une charrette.

Voussure de toute la région hypogastrique droite, tumeur mal délimitée à la palpation, très sensible à la pression.

Toucher : Le col regarde en arrière et à gauche ; dans le

cul-de-sac droit, une tumeur un peu allongée, rénitente, indépendante de l'utérus.

Diagnostic : kyste de l'ovaire tordu.

Laparotomie : tumeur brunâtre, libre, répondant à une salpingite à pédicule tordu dans le sens des aiguilles d'une montre. Pédicule blanc tordu deux fois sur lui-même. L'ovaire, sain, ne participe pas à la torsion. La trompe était distendue par une collection séro-sanguinolente ; pas de réaction péritonéale.

La trompe enlevée, pas de drainage, suites simples.

Il s'agissait d'un hydrosalpinx avec lésions hémorragiques ; les vaisseaux du pédicule étaient thrombosés.

Donc : torsion aiguë.

— Femme de 19 ans. Rien dans le passé. Depuis cinq mois, douleurs dans la fosse iliaque droite et les règles deviennent anormales, irrégulières.

Palpation : résistance du côté droit de la paroi abdominale et l'existence d'une tumeur sous-jacente.

Au toucher : le col est déjeté en avant et à gauche, tumeur dans le cul-de-sac latéral droit, en arrière de l'utérus, tumeur bien limitée, immobile, douloureuse, rénitente, indépendante de l'utérus.

Diagnostic : salpingite droite.

Laparotomie : Une poche kystique, lie de vin, dans le Douglas, et adhérent à tous les plans voisins. Cette tumeur libérée, on reconnaît qu'il s'agissait de la trompe distendue dans son tiers externe. Le pédicule était tordu trois fois sur lui-même et l'ovaire participait à la torsion.

On enlève la trompe. Pas de drainage. Ligamentopexie à la Doleris. Suites excellentes.

Il s'agissait d'un hydrosalpinx distendu par une hémorragie intra-kystique.

L'ovaire présentait également des lésions de suffusions sanguines.

Donc : torsion lente ou chronique.

OBSERVATION X

(VERNIÉ)

Hydrosalpinx tordu

(Thèse de Paris, 1911, Vernié)

Femme de 42 ans ; fièvre typhoïde dans sa jeunesse ; une sœur et un père morts de méningite tuberculeuse.

Réglée à 17 ans, mais l'établissement de ses règles fut très pénible. Les deux premières années ont été constamment troublées par des douleurs abdominales exaspérées pendant les deux ou trois premiers jours des règles qui ne venaient que tous les deux mois. Ces douleurs persistaient plus ou moins violentes dans l'intervalle.

Mariée à 20 ans, une fausse couche après quelques mois, à la suite d'un ictère qui dura deux mois. A partir de ce moment, règles normales et mensuelles, durant habituellement huit jours. Leur abondance ne fait que croître jusqu'au moment de l'opération. Le flux est très abondant.

Une crise douloureuse du côté droit, il y a 7 ans. Une autre il y a 4 ans et durant 4 jours.

En décembre 1910, douleurs violentes à droite, avec vomissements et fièvre légère.

Diagnostic : Appendicite, glace, opium, repos, diète ; après 21 jours, tout rentre dans l'ordre.

8 mai 1911 : douleurs violentes dans tout l'abdomen, sans vomissement et sans fièvre. Diagnostic : crise appendiculaire : repos, morphine et glace.

Après 3 jours, quelques vomissements, pas de fièvre, absence des matières et des gaz, météorisme énorme.

Diagnostic : Occlusion intestinale.

Laparotomie : Anses intestinales très dilatées.

Utérus du volume du poing et fibromateux.

La trompe gauche constitue une tumeur de la forme d'une poire, à grosse extrémité externe, bosselée et irrégulière.

lière, située dans le Douglas et tordue deux fois sur son pédicule de couleur foncée.

La contenance est de 300 cc. ; c'est un hydrosalpinx tordu.

L'ovaire, hypertrophié, est congestionné fortement.

A droite, la trompe est également le siège d'un hydrosalpinx, mais non tordu et moins grand.

On pratique l'hystérectomie subtotale.

Suites simples.

Conclusions

I. — Les salpingites kystiques peuvent, comme toutes tumeurs abdominales, se tordre sur leur pédicule. Les hémato et pyosalpinx tordus que l'on rencontre ne sont en général que les produits d'une transformation secondaire à la torsion.

II. — Les lésions observées résident principalement dans un épanchement de sang tant dans la cavité kystique que dans les parois de la trompe.

III. — Ces torsions relèvent de causes anatomiques et mécaniques, soit extrinsèques, soit intrinsèques en l'absence d'adhérences.

IV. — Il y a deux sortes de torsions : la torsion aiguë, correspondant à un étranglement complet du pédicule, et la torsion chronique correspondant à un étranglement incomplet. Chacune de ces formes est caractérisée par un type clinique différent.

V. — La plupart du temps on porte les diagnostics d'appendicite, de coliques hépatiques ou néphrétiques, de grossesse extra-utérine, d'occlusion intestinale, en-

fin de torsion de fibrome sous-péritonéal et surtout des kyste ovarien. En général ces lésions peuvent être éliminées par la constatation de l'absence de leurs signes propres. Le diagnostic positif sera posé toutes les fois qu'on rencontrera une tumeur sous-ombilicale d'origine génitale tendue et fluctuante, mobile et indépendante de l'utérus, s'accompagnant de crises douloureuses paroxystiques, avec vomissements, absence de fièvre, et surtout agitation. Donc le diagnostic est difficile mais possible cependant ; il se fera toutefois aussi couramment que celui de torsion des kystes de l'ovaire, à la faveur d'une étude séméiologique poussée et en tenant compte des antécédents et des signes fournis par le toucher. Le pronostic clinique est assez grave, mais le pronostic opératoire bénin.

VI. — L'intervention s'impose sans caractère d'extrême urgence néanmoins : Laparotomie ; castration simple ou hystérectomie si les lésions de voisinage le demandent. Le traitement sera toujours le plus conservateur possible.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 9 Décembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- ALBERTIN. — Les hydrosalpinx et la torsion du pédicule. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, séance du 23 novembre 1905, p. 292.
- BAUDRON (E.). — Torsion d'un hydrosalpinx droit coïncidant avec la rupture d'une grossesse tubaire gauche. *Annales de Gyn.*, 1900, t. 53, p. 390.
- BEGOUIN. — Hydrosalpinx à pédicule tordu. In *Thèse de Bordeaux*, 1903, Busquet.
- BENGOBA. — Volvulus de la trompe. *Revista de Cirugia*, Buenos-Aires, juin 1926. In *Soc. d'Obst. et Gyn.*, septembre 1926.
- BERQUET et M^{lle} ROMMAY. — Hydrosalpinx à pédicule tordu. *Soc. Anat. de Paris*, 23 juillet 1921.
- BLAND-SUTTON. — *Annales Gyn.*, septembre 1894.
- BOGERS (L.). — Torsion de trompe de Fallope. *British Med. Journal*, 25 avril 1925.
- BOURSIER et AUVRAY. — *Précis de Gyn.*, t. II, 3^e édition, livre IV.
- BUBSAMEN. — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1919, N° 18.
- BUQUET (A.). — Torsion des annexes fermés. *Paris Chirurgical*, 1923.

- BUSQUET. — *Thèse de Bordeaux*, 1903.
- CATHELIN. — De la torsion des hydrosalpinx. *Revue de Chirurgie*, février 1901, t. XXIII, p. 253.
- CAVIGLIA. — Volvulus de la trompe. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Buenos-Aires, 1926, N° 3. In *Journal Chir.*, 1927, p. 227.
- CHABRUT (R.). — Un cas d'hydrosalpinx tordu. *Bull. Soc. Obst. et gyn.*, Paris, 1929, p. 274.
- COTTE (S.). — Un cas de torsion de la trompe utérine. *Soc. Chir. de Lyon*, 7 mai 1931.
- DAVIES. — Torsion des trompes. *British Med. Journal*, 1924, p. 657.
- DELBET (P.). — Hydrosalpinx tordu. *Bull. Soc. Anat.* Paris, 1892, p. 300. *Progrès Méd.*, 1921, p. 380.
- DAINVILLE (F.). — Société anat., Paris, 18 décembre 1903.
- ESCANDE. — *Thèse de Paris*, 1926.
- FILIP. — *Thèse d'Alger*, 1925.
- FLEURY DE ARAUJO. — Torsion de la trompe de Fallope. *Archives Brésiliennes de Méd.*, novembre 1930.
- FOCHIER. — Hydrosalpinx pédiculisé et tordu sur son pédicule. *Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon*, 10 mai 1900, p. 183.
- FORGUE et MASSABUAU. — Torsion des annexes. In *Traité Chir.*, Le Dentu et Delbet.
- FORSELLES. — *Deutsche Zeitschrift f. chir.*, Leipzig, 1898, t. XLVIII, p. 198.
- GIRAUD. — Le valvulus de la trompe. *Marseille Méd.*, 15 février 1930.

- GOUILLOUD. — Volvulus de la trompe. *Soc. Nat. Méd.*, Lyon, 1925. In *Lyon Méd.*, 1925, p. 69.
- GROSSMANN. — Sur le mécanisme de la torsion tubaire. *Zentralbl. f. gyn.*, 1925, Leipzig, N° 18, p. 1001, 2 mai.
- GUENIOT (P.). — Hydrosalpinx gros comme une tête d'enfant. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1925, p. 742.
- GUYOT, MAGNAN et PRINCETEAU. — Torsion d'un hydrosalpinx. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 1926, p. 128.
- HAIM. — Sur la torsion des trompes. *Zentralbl. f. gyn.*, 1925, 20 juin, N° 25, p. 1401.
- HALLER. — Torsion de la trompe de Fallope. *Bull. Méd. Soc. des Chirurgiens de Paris*, 15 mars 1929, N° 6.
- HALM. — Sur la torsion des trompes. *Zentralbl. f. Gyn.*, Leipzig, 30 mai 1925, N° 22.
- HARTMANN et RAYMOND. — *Annales Gyn. Obst.*, Paris, 1894, p. 172.
- HENNIG. — *Zentralbl. f. gyn.*, 1893, p. 729.
- HIRST. — Torsion of the Fallopian Tube. *American Journal of Obst.*, New-York, 1896, p. 263.
- HIRSCH. — Sur la torsion isolée des trompes. *Zentralbl. f. gyn.*, 1926, 31 juillet, N° 31.
- JEFFERSON. — Torsion de la trompe. *The British Med. Journal*, 1926, 2 janvier ; 1925, 26 décembre.
- JOSELIN JAND J. — Torsion aiguë d'un hydrosalpinx. *The British Med. Journal*, 1922, p. 83. In *Journal de Chirurgie*, 1923, t. 21, p. 260.

- KANDER (A. E.). — Tubae Torsion. *Chicago gynécol. Society State*, 16 novembre 1928.
- KEHL. — Beitrage zur Frage der Stiehdrehung. Intraabdominales organe. *Zeitschrift z. Klin. chir.* Tübingen, 1922, CXXVI, p. 310.
- LACROIX. — *Thèse de Paris*, 1927.
- LAEMMLE. — Contribution à la question de la torsion de trompe. *Zentralbl. f. gyn.*, 1923, 17 mars, N° 11, p. 436.
- LEGUEU et CHABRY. — *Revue de Gyn. et Obst.*, Paris, 1897, N° 1, p. 11.
- LEGUEU. — *Revue de gyn. et chir. abdominale*, février 1898. *Presse médicale*, janvier 1900, p. 37. *Presse Médicale d'Egypte*, 1^{er} août 1909.
- LEJARS. — Des torsions tubaires. *Soc. Obst. Gyn. Péd.*, 1909, pp. 342 et 357.
- MAILLARD. — *Thèse de Paris*, 1898.
- MARTIN (M.-A.). — Torsion du pédicule d'un hydrosalpinx droit. *Soc. Obst. Gyn. Péd.*, 9 juillet 1906. In *Revue de Gyn. et Chir. Abd.*, 1907, N° 3, p. 524.
- MAUCLAIRE. — A propos de la torsion de la trompe utérine. *Bull. Mén. Soc. Chir.*, Paris, 1927, p. 583.
- MICHEL. — Une observation de la torsion bilatérale des deux trompes. *Soc. Obst. Gyn. et Péd.*, Paris, 1907, septembre, p. 38.
- MOUCHOTTE et PERILLAT. — Hydrosalpinx tordu. *Revue française de Gyn. et Obst.*, novembre 1921.
- NAPIER. — *Transact. of obstetrical Soc.*, London, 1892, Vol. XXXIV, p. 124.

- NICKOLSON. — Volvulus de la trompe. *Soc. Obst. et Gyn. de Buenos-Aires*, 10 mai 1927, p. 39. In *Journal de Chir.*, 1928, janvier, N° 6, p. 906.
- ORTNER. — Torsion de la trompe utérine. *Soc. Obst. et Gyn. de Vienne*, 17 juillet 1909, N° 29, p. 1025.
- PAYR (E.). — Ueber die Ursachen der Stieldrehung intrapéritonéal gelegener organe. *Archiv f. Klin. Chir.*, 1902, Bd LXVIII, p. 581. *Deutsche Zeitschrift f. chir.*, 1906, Bd LXXXV, p. 392.
- PINARD. — Torsion d'hydrosalpinx pendant la grossesse. *Presse Médicale*, 17 décembre 1902.
- POZZI. — *Soc. Gyn. Obst. et de Péd.*, Paris, 2 mars EPQQ. *Revue Gyn. et Chir. Abd.*, Paris, mars-avril 1900, N° 2, p. 195.
- RABIER. — *Thèse de Paris*, 1902.
- RANZI. — Hydrosalpinx tordu. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1908, N° 1, p. 19. In *Revue de Gyn. et Chir. abd.*, 1908, t. 12, p. 507.
- ROGERS. — Torsion des trompes. *British. Med. Journal*, 1925, p. 778.
- SAITZ. — Sur l'étiologie de la torsion spontanée des trompes. *Zentralbl. f. Gyn.*, 27 décembre 1930.
- SANSON. — *Thèse de Paris*, 1904.
- SANTY. — *Soc. Chir. de Lyon*, 16 avril 1931.
- SCHMITT. — Diagnostic différentiel entre appendicite et torsion des annexes. *Zeitschrift zur Klin. chir.* Bd. LXXVI, 1911.
- STROGANOFF. — *Soc. d'acc. et gyn.*, Saint-Pétersbourg, 1893, p. 1095. Rap. in *Vratsch*, p. 1095.

- TAYLOR. — *British gyn. Journal*, Londres, Vol. IX, p. 418, 1893.
- TEUCKLOFF. — Sur les torsions pédiculaires. *Zentralbl. f. gyn.*, 12 décembre 1925.
- THORN. — Zur frage Tubenwehen. *Zentralbl. f. gyn.* 1899, N° 12.
- TORLAND. — Torsion d'un hydrosalpinx. *The American Journal of Obst. And Gyn.*, mai 1928, p. 702. In *Journal de Chirurgie*, 1928, t. 32, p. 504.
- TOURNEUX. — Deux cas de torsions d'hydrosalpinx. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1923, p. 581.
- VEIT. — *Verhandl. der deutschen gesellschaft f. gyn.* Leipzig, 1892, p. 216.
- VERNIÉ. — *Thèse de Paris*, 1911.
- VILLARD. — Appendicite et hydrosalpinx gauche tordu. *Soc. Gyn. Obst. et de Péd. de Bordeaux*, 9 juin 1903.
- WALAWELSKI. — Torsion des trompes. *Zentralbl. f. Gyn.*, 5 avril 1930, N° 14.
- WARD. — Volvulus der Eieliders. *Zentralbl. f. gyn.*, 1925, p. 2423.
- WARNECK. — Hydro-ématosalpingite droit tordu. *Nouv. Arch. Soc. Gyn. et Obst. de St-Pétersbourg*. In *Annales Gyn. et Obst.*, Paris, 1894. *Nouv. Arch. Gyn. et Obst.*, 1895, pp. 82, 86, 89.
- WELLS (J.-J.) (New-York). — Volvulus de la trompe de Fallope. *The Journal of the American Medical Association*, vol. LXXXIII, N° 1, p. 30, 5 juillet 1924.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	9
Introduction et Historique.....	11
Définition et limites du sujet.....	13
Rappel anatomo-physiologique.....	15
Etiologie	17
Pathogénie	21
Anatomie pathologique.....	23
Etude Clinique.....	27
Considérations diagnostiques.....	33
Diagnostic différentiel.....	35
Traitement	39
Observations	41
Conclusions	53
Bibliographie	55



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

oo oo IMPRIMEURS-ÉDITEURS oo oo

oo 42, QUAI GAILLETON, 42 oo

oo oo oo oo LYON oo oo oo oo



